

La gestione del Covid sul territorio da parte di una Unità Operativa di Alcologia del Servizio delle Dipendenze: difficoltà, punti di forza, indicazioni per il futuro

Ruggero Merlini^o, Jonathan Francesco Toscano^{oo}, Veronica Piccinni*, Marco Rosolani**, Giuseppe Fiorentino[^], Maurizio Schiavi^{^^}

Il contesto lombardo

L'attuale riforma del sistema sociosanitario in Lombardia, LR 23/2015, riorganizza in modo profondo il sistema dei servizi della Regione Lombardia. Questa legge definisce un nuovo modello di presa in carico delle cronicità e delle fragilità, finalizzato a dare ai pazienti risposte più efficaci e personalizzate ai loro bisogni di cura strutturandosi in un sistema a tre livelli:

- centrale regionale;
- articolazioni amministrative (ATS);
- articolazioni operative (ASST).

Le ATS (Agenzie di Tutela della Salute), a livello territoriale attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati. Anche attraverso i distretti, hanno i seguenti compiti:

- negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dalle strutture accreditate;
- attivazione di un "governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi" (art. 6/3);
- governo dell'assistenza primaria e relativo convenzionamento;
- programmi di educazione alla salute;
- sicurezza alimentare;
- controllo della salute degli ambienti di vita e di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- monitoraggio della spesa farmaceutica.

Ogni ATS è organizzata in dipartimenti (art. 6/6):

- igiene e prevenzione sanitaria;
- cure primarie;
- programmazione, accreditamento, acquisto;
- veterinario e sicurezza degli alimenti;
- amministrativo;
- programmazione per l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie con quelle sociali.

^o Medico epatologo, responsabile UOS Alcologia, San Giuliano Milanese, DSMD ASST Melegnano Martesana.

^{oo} Medico, consulente UOS Alcologia, San Giuliano Milanese, DSMD ASST Melegnano Martesana.

* Medico, USCA (unità speciali di continuità assistenziale), ATS Città metropolitana, Milano.

** Medico, USCA, ATS Città metropolitana, Milano.

[^] Infermiere, referente DAPS. UOS Alcologia, San Giuliano Milanese, DSMD ASST Melegnano Martesana.

^{^^} Infermiere, ASST Melegnano Martesana.

Il secondo elemento del sistema è costituito dalle ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali), ossia delle strutture operative pubbliche della sanità lombarda; tale organizzazione, garantendo sempre efficacia, efficienza ed economicità nella produzione e nel governo dei costi, è orientata:

- alla presa in carico della persona;
- alla integrazione tra i diversi servizi e le unità d'offerta finalizzate alla presa in carico;
- a migliorare o rivedere i percorsi ospedalieri e territoriali;
- alla trasversalità dei processi amministrativi.

Tre sono gli ambiti di progettazione della ASST:

- l'organizzazione ospedaliera, ovvero la logistica del paziente e delle strutture, i dipartimenti gestionali e/o funzionali, le indicazioni del modello clinico-assistenziale-organizzativo da mettere in atto;
- l'organizzazione territoriale (area socio sanitaria, sociale), per la presa in carico del paziente – specialmente il paziente cronico – e garantire la continuità ospedale territorio;
- l'organizzazione della funzione amministrativa, posizionata sia in line che in staff, a livello centrale e, se prevista, a livello periferico.

La parte territoriale delle ASST è diretta dal direttore socio sanitario, von in staff il DAPSS territoriale e prevede due dipartimenti gestionali: Il DSMD (psichiatria, dipendenze, npia, psicologia clinica, disabilità) e il dipartimento RICCA (presa in carico cronicità).

Il NOA – nucleo operativo alcologia di San Giuliano M.se (Area Milano Sud)

La mission del servizio è garantire i livelli essenziali di assistenza attraverso l'erogazione di prestazioni rivolte ai soggetti con consumo problematico e dipendenza da alcol e con comportamenti additivi (dipendenza da gioco e da tecnologie digitali), comprese le patologie psichiatriche ed epatiche HBV e HCV correlate.

Per il suddetto obiettivo svolge le seguenti funzioni:

- attività di diagnosi multidisciplinare, counselling, cura, riabilitazione e prevenzione, assicurando la presa in carico completa del paziente, dalla fase di accoglienza fino alla conclusione del percorso terapeutico-riabilitativo e l'intervento nei diversi ambiti di vita in un'ottica di continuità assistenziale;
- screening, prevenzione e cura delle patologie correlate alla dipendenza da alcol e da comportamenti additivi;
- tutela della libera scelta del cittadino all'interno delle unità d'offerta della rete dei servizi territoriali, anche in collaborazione con il privato sociale, il volontariato e gli enti locali;

- stesura e attuazione di programmi alternativi alla detenzione e su richiesta delle CML.

Il servizio nel 2020 ha mantenuto gli stessi standard qualitativi e quantitativi del 2019, gestendo circa 200 pazienti.

Nel primo semestre del 2021 risulta un incremento di oltre il 50% di utenti, svolgendo l'attività prevalentemente in presenza. L'equipe del NOA ha fronteggiato due aspetti della pandemia: quello clinico è stato affrontato in un ambulatorio dedicato in cui hanno lavorato i medici e gli infermieri del servizio e le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), mentre l'impatto psicologico e le problematiche derivanti (eccessivo stress, sindromi post-traumatica e ansioso-depressiva) sono state arginate con l'attivazione di uno sportello di ascolto gestito dalle colleghe psicologhe.

Gestione del Servizio in concomitanza della pandemia Covid-19

È tutt'ora operativo presso il NOA di San Giuliano Milanese, un ambulatorio per la gestione dei pazienti Covid a rischio intermedio (Centro Territoriale Covid), aperto da lunedì a venerdì, presidiato da personale medico ed infermieristico.

L'obiettivo prioritario del progetto era la riduzione della pressione sui PS degli ospedali attraverso la pianificazione di un percorso ben definito per i pazienti sospetti e/o accertati per infezione da SARS-CoV2. Tali pazienti si collocano tra i paucisintomatici e i compromessi (e quindi necessariamente destinati al PS). I pazienti emodinamicamente instabili (SatO2 <93%, P/F < 300, FR >20) venivano inviati a valutazione presso PS di riferimento.

I Centri Territoriali Covid (CTC) hanno permesso una valutazione di II livello direttamente sul territorio, garantendo l'accesso a:

- visita medica internistica;
 - tamponi rinofaringei per SARS-CoV2;
 - ecografia toracica;
 - emogasanalisi (EGA);
 - esami ematochimici, mirati all'individuare paziente con risposta iperinfiammatoria e alto rischio evolutivo;
 - RX e/o TC torace in percorso ospedaliero dedicato.
- L'accesso al servizio è stato filtrato dai Medici di Medicina Generale (MMG) che hanno selezionato i pazienti da inviare al CTC secondo criteri specifici:
- sintomi per sospetta o accertata infezione da SARS-CoV2;
 - febbre persistente da più di 72 ore con Tc > 37.5°C;
 - tosse in aggravamento;
 - dispnea con eventuale desaturazione sO2 < 94%;
 - quadro clinico dubbio meritevole di approfondimento (astenia, diarrea, cefalea);
 - stato di fragilità o vulnerabilità;
 - dimissione protetta dal Pronto Soccorso.

Venivano esclusi i pazienti asintomatici e quelli che presentavano un quadro clinico così avanzato da richiedere il ricovero ospedaliero.

Il Centro Territoriale Covid-19 (Formazione rete territoriale)

Ci ricorderemo del 2020 come l'anno del Covid-19. Lo stato di pandemia proclamato dall'OMS nel marzo 2020, aveva desta-

to preoccupazioni soprattutto nella popolazione anziana che era risultata più colpita in termini di mortalità e gravità della sintomatologia (1).

La rapidità con la quale il virus si è diffuso ha costretto la Comunità Scientifica a delineare strategie al fine di contenere e, al contempo, trattare il virus in maniera tempestiva. Inizialmente, in assenza di una terapia vaccinale disponibile, i trattamenti erano stati avviati in maniera molto empirica basandosi sulla sola esperienza dei clinici.

Le linee guida NHC (National Health Commission) della Repubblica Popolare Cinese, in quanto Nazione colpita prima rispetto le altre, avevano consigliato l'utilizzo di farmaci antivirali (lopinavir/ritonavir) e idrossiclorochina. I farmaci utilizzati a quel momento in Italia erano lopinavir/ritonavir, azitromicina, EBPM.

Nel corso della pandemia, sono stati delineati diversi approcci potenzialmente utili a rallentare/bloccare la replica virale:

- inibizione della fusione/entrata di SARS-CoV2.
- blocco processo di replicazione virale di SARS-CoV2.
- soppressione dell'eccessiva risposta infiammatoria.
- trattamento con plasma iperimmune.

Nell'ottobre 2020 dopo la "prima ondata" dell'infezione SARS-CoV2, l'ASST Melegnano-Martesana coinvolge il Servizio Territoriale Dipendenze in un progetto per un "Centro Territoriale Covid" (uno dislocato nell'area sud e l'altro in quella nord) al fine di rafforzare la rete per le cure territoriali in previsione di una seconda ondata (poi verificatasi).

Abbiamo quindi creato:

- una rete di attivazione del servizio con i MMG.
- Un percorso di accesso 'protetto' del pz accertato o sospetto Covid positivo.
- Ambulatorio dedicato con valutazione clinico-diagnostica e di monitoraggio (esami ematochimici, EGA, tampone nasofaringeo, T°, SO2, visita) +/- invio 'protetto' per l'esecuzione di Rx e/o TC torace c/o H Vizzolo-Melegnano.
- Protocollo terapeutico (nei pz sintomatici), caratterizzato da azitromicina, steroide, EBPM, + ASA, latteferrina, vitamina D (2, 3, 4).

Contestualmente, abbiamo aderito ad uno studio randomizzato multicentrico nazionale (Studio di Fase 3, CHOICE) che prevedeva, allo standard of care, l'aggiunta di colchicina, dotata di alcune proprietà antivirali oltre che implicata nell'attivazione di quei meccanismi infiammatori che sono affini a quelli in gioco nel corso della infezione da SARS-CoV2.

Condivisione dei dati rilevati – Risultati

Dal 01/11/2020 al 30/06/2021 abbiamo valutato 1390 pazienti con una prevalenza di maschi (60 vs 40%). Della totalità dei pazienti solo 7 hanno richiesto, dopo la nostra valutazione il ricovero ospedaliero; 5 pazienti per compromissione del quadro respiratorio già alla presentazione (SO2<93%) e 2 pazienti per peggioramento clinico nelle successive 72 ore. Tranne 2 pazienti ricoverati in terapia sub-intensiva e sottoposti a CPAP, i restanti 5 sono stati ricoverati in ambiente medico in O2 terapia.

Nel nostro campione l'età maggiormente interessata era compresa tra i 53 e 65 aa (38% dei casi). A seguire 21% tra 65 e 77; 16% tra 41 e 53; 10% tra 17 e 29; 9% tra 29 e 41; 6% tra 77 e 89. Solo il 25% dei soggetti valutati era asintomatico o pauci-sintomatico; nella maggior parte dei casi i sintomi rife-

riti sono stati febbre, astenia, tosse secca, artromialgie, anoemia e disgeusia; meno frequenti cefalea e diarrea. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a panel laboratoristico mediante marcatori infiammatori e pro-coagulativi, sia quale monitoraggio clinico che per evidenziare evoluzioni critiche (stato iperinflammatorio) e fornire una base per la formulazione delle strategie di trattamento. In presenza di SO₂ (AA) < 94% e/o FR > 20 atti/m' è stata effettuata emogasanalisi.

L'esame radiografico standard del torace, pur gravato di bassa sensibilità nelle identificazione delle alterazioni polmonari più precoci delle infezioni da SARS-Cov2, è stato utilizzato nel 26% dei casi sulla base della "storia" del paziente, del tempo intercorso tra l'infezione e l'accesso al nostro servizio, della clinica (reperto auscultatorio toracico e/o eco-toracica) con un riscontro positivo nella totalità dei casi. La CT torace senza MDC è stata richiesta a priori in 2 soli pazienti, rispettivamente con anamnesi oncologica positiva e sarcoidosi di 2° grado. I pazienti sintomatici e/o con livelli significativamente aumentati di PCR sono stati posti in trattamento antibiotico (29%). La terapia steroidea e l'EBPM (7) sono stati invece utilizzati nei soggetti con polmonite non complicata (malattia stadio II) e/o stato iperinflammatorio conclamato, in totale il 21% dei casi per la terapia cortisonica e il 18% per quella anticoagulante.

Diverse segnalazioni in letteratura hanno suggerito come ASA, Vit C, Vit D e lattoferrina, tramite meccanismi differenti (attività immuno-modulatoria, incremento attività NK e stimolazione dell'aggregazione e dell'adesione neutrofili, ruolo nella funzione dei fagociti, regolazione delle attività immunitarie sia innata che adattativa) (5, 6, 8, 9, 10) possano contribuire a ridurre il danno legato all'iperinfiammazione e la durata della malattia. Per tale motivo abbiamo introdotto nel nostro protocollo terapeutico anche questi farmaci come "Terapia Ancillare" (59% dei casi, terapia antiaggregante 41% dei casi). La terapia è stata introdotta apparentemente solo nel 60% dei soggetti; in realtà è stata utilizzata in tutti i pazienti in quanto il restante 40% aveva già analoga terapia in atto.

Contestualmente abbiamo preso parte ad uno studio randomizzato multicentrico nazionale (studio CHOICE) che prevedeva, alla terapia standard l'utilizzo di Colchicina, farmaco dotato di potente attività antinfiammatoria in grado di inibire la replica virale, arruolando 9 soggetti (6 donne e 3 uomini). Il numero esiguo dei partecipanti si deve in parte ai ristretti criteri di inclusione (in particolare la positività al tampone molecolare entro e non oltre le 72 ore dall'insorgenza dei sintomi), e in parte alla scarsa disponibilità dei pazienti ad aderire ad un protocollo sperimentale.

Conclusioni

SARS-Cov2 è un virus ad RNA della specie Coronavirus. Presenta diverse varianti, alcune di queste ritenute di particolare importanza a causa della loro maggiore potenziale trasmissibilità. Non esiste, ad oggi, una terapia risolutiva; per questo

la priorità è la campagna vaccinale che permette di limitare la circolazione del virus e l'insorgenza di nuove varianti.

Il periodo infettivo varia da 2 a 14 giorni con sintomi che variano sulla base della gravità della malattia, dall'assenza di sintomi a febbre, tosse, faringodinia, artromialgie ed astenia. I casi più severi possono presentare polmonite, distress respiratorio oltre complicazioni come la Sindrome da rilascio di citochine (CRS), caratterizzata da un'infiammazione sistemica incontrollata con insufficienza respiratoria progressiva e danno multiorgano. La CRS occorre nel 20% dei casi.

Quello che abbiamo imparato, in ogni caso, è che la terapia va avviata durante l'early infection, cioè nei primi 7 giorni (meglio se entro 72 ore), limitando l'insorgenza delle complicanze.

Il monitoraggio clinico associato ad esami ematochimici e/o strumentali ha permesso di ridurre l'ospedalizzazione che nel nostro caso è stata dello 0.51%.

Il Centro territoriale COVID si è quindi dimostrato una realtà territoriale ante litteram; unitamente alla collaborazione con MMG, USCA, l'Ospedale di Circolo (il PS in particolare) ha dimostrato l'efficacia della rete.

Questa esperienza di "contaminazione" di una realtà clinica come un servizio di alcolologia nella più vasta costruzione di una nuova sanità territoriale dimostra come sia possibile non perdere la propria specificità ed anzi porsi come punto focale ed avanzato nelle politiche aziendali.

L'aumento considerevole dei pazienti alcolisti giunti al servizio e la possibilità di disporre di moderne strumentazioni cliniche e diagnostiche sono correlate e inserite in questa nuova filosofia operativa.

Bibliografia

- (1) www.asst-melegnano-martesana.it/download/poas-2/.
- (2) www.lombardiasociale.it/2015/10/26/la-riforma-del-sistema-sociosanitario-in-lombardia-la-lr-232015/.
- (3) www.asst-melegnano-martesana.it/wp-content/uploads/2016/07/708_POAS_Documento_Descriptivo.pdf.
- (4) COVID-19 - Strategy Update Apr 2020, World Health Organisation.
- (5) Baez D. (2020). Aspirin may reduce risk of mechanical ventilation, death in hospitalized patients with Covid 19. *Anesthesia & Analgesia*.
- (6) Serrano G. (2020). Liposomal lactoferrin as potential preventative and cure for Covid 19. *International J of Research in Health Sciences*, 8(1), Jan-Mar.
- (7) GIHP (Groupe d'intérêt en Homeostase) et GFHT (Groupe Français d'études sur l'Homeostase et la Thrombose) (2000), Avril.
- (8) Janshe L. et al. (2011). Inhibition of SARS Pseudovirus cell entry by lactoferrin binding to heparin sulfate proteoglycans. *PLoS ONE*, 6(8): e23710. DOI: 10.1371.
- (9) Liu P.T. et al. (2006). Toll-like receptor triggering of a vitamin D mediated human antimicrobial response. *Science*, 311: 1770-3.
- (10) Schaubert J. et al. (2007). Injury enhances TLR2 function and antimicrobial peptide expression through a vitamin D-dependent mechanism. *J Clin Invest.*, 117: 803-11.

Publicato online: 30/12/2021

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto alla realizzazione della newsletter.

